

V50**A TECHNICAL DESCRIPTION OF THE STEPS TO PERFORM ROBOTIC RADICAL CYSTECTOMY**

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome

Aim of this study is to report our initial experience with robotic radical cystectomy, describing stepwise the surgical procedure and evaluating perioperative and pathologic outcomes.

Over a 14-month period, fifteen patients (14 male, 1 female) underwent robotic radical cystectomy for muscle-infiltrating clinically localized bladder cancer. The stepwise operative procedure is described in detail. Salient features of the technique involve dissection of the ureters up to the vesical hiatus, opening of the paravesical space, incision of the peritoneum in the Douglas pouch, pelvic lymphadenectomy from the aortic bifurcation extending laterally to the genitofemoral nerve, distally to lymph node of Cloquet and medially into the obturator fossa and hypogastric area, incision of the peritoneum laterally to the umbilical ligament, selective lateral and posterior pedicle control, anterior dissection, clipping and division of the urethra and, as a last step, clipping and division of the ureters. Perioperative data and pathological results were prospectively collected. Outcome measures evaluated included operative time, estimated blood loss, transfusion rate, time to oral diet, hospital stay, complication rate (Clavien) up to 90 days postoperatively and pathologic outcomes.

Mean age was 73 years (range 59-88). Mean body mass index was 26. Eleven patients underwent ileal conduit diversion and four patients underwent a Studer orthotopic neobladder. In all male patients the urinary diversion was performed extracorporeally. In the four cases with orthotopic reconstruction the DaVinci System was redocked to perform urethro-neovesical anastomosis. In the female patient the specimen was extracted through the vagina and the ileal conduit was performed intracorporeally. Mean operative time was 390 minutes. Mean estimated blood loss was 225 cc. Blood transfusion was required in 3 patients. Mean time to oral diet was 5 days. Median hospital stay was 15 days. Clavien Grade III complication rate was 31 % (one rectal injury, one wound dehiscence, one urethral anastomosis dehiscence, two patients requiring percutaneous nephrostomy for ureteroileal anastomotic leaks). On surgical pathology, 6 patients were pT2, 8 patients were pT3 and 1 patient was pT4. Surgical margins were negative except in the pT4 patient. Mean number of lymph nodes retrieved was 19 (range: 9-35). One patient was pN1.

Our early experience with robotic radical cystectomy shows a high complication rate. Analysis of these complications led us to refinements of surgical technique, as shown in the video. Short-term surrogates of oncological outcomes (positive surgical margin rate, num-

ber of retrieved nodes) are non-inferior to major open series.

Video

Auditorium – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.30-17.30

V34**LESS IN UROLOGIA: LA NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA**

F. Varvello, R. Tarabuzzi, S. Zaramella, G. Marchioro, A. Volpe, C. Terrone

Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione: Gran parte delle procedure urologiche eseguite in laparoscopia utilizzando un singolo accesso sono ormai state descritte in letteratura. Presentiamo la nostra iniziale esperienza descrivendo i primi interventi eseguiti in LESS.

Metodi: A partire dal marzo 2009 abbiamo eseguito 5 interventi in LESS: 2 marsupializzazioni di cisti renali, una ureterolitomia e due nefrectomie semplici. Abbiamo utilizzato i seguenti strumenti: TriPort e QuadPort Olympus come port di accesso, ottica con punta flessibile da 5 mm, strumenti standard laparoscopici, precurvati e articolati a seconda delle esigenze specifiche. Tutti gli interventi sono stati condotti per via transperitoneale. Per la marsupializzazione delle cisti, l'ureterolitomia e la nefrectomia semplice destra il port è stato introdotto attraverso l'ombelico. Per la nefrectomia semplice l'incisione per l'accesso è stata eseguita sulla linea pararettale circa 3-4 cm al di sopra della linea ombelicale trasversa. L'accesso alla loggia renale sinistra, sia per la marsupializzazione della cisti che per la nefrectomia semplice, è stato eseguito per via transmesocolica.

Risultati: La durata media degli interventi è stata 125 minuti. Nel primo intervento, marsupializzazione di cisti renale, si è resa necessaria la conversione della procedura in laparoscopia standard. In tale occasione erano stati utilizzati solo strumenti laparoscopici retti che non consentivano all'operatore i movimenti necessari a svolgere la procedura. Durante la prima nefrectomia semplice è stato necessario introdurre un trocar da 5 mm in fossa iliaca per l'aiuto. L'incisione è stata effettuata in corrispondenza di cicatrice in esiti di pregressa laparoscopia, ed è stata utilizzata per l'introduzione del drenaggio. Tutte le procedure si sono svolte in assenza di complicanze peri o post operatorie. Il recupero post operatorio è stato analogo agli interventi laparoscopici standard. I risultati cosmetici sono stati soddisfacenti.

Conclusioni: La tecnica LESS è fattibile e applicabile agli interventi urologici. Gli operatori con background laparoscopico possono avvicinarsi a questa tecnica selezionando attentamente i pazienti e gli interventi più semplici. È indispensabile dotarsi degli strumenti dedicati alla LESS per far fronte alle difficoltà tecniche che presentano queste procedure mini invasive.